

Formulario de inscripción para bebés

Llene este formulario Inmediatamente después del nacimiento de su bebé, y envíelo por correo a Healthy Families. La cobertura de su bebé de Healthy Families Program no comenzará hasta que no recibamos este formulario. Para obtener más información Acerca de Healthy Families, incluyendo su selección de planes de atención dental y cuidado de la vista, visite www.healthyfamilies.ca.gov o llame al 1-800-880-5305.

1. Si usted tuvo un embarazo o parto difíciles o un aborto espontáneo, por favor acepte nuestro pésame.

Por favor díganos la fecha de su aborto espontáneo: ____/____/____.

Usted no tiene que responder ninguna otra pregunta.

Por favor firme hasta abajo del formulario y envíelo por correo o fax al **1-888-889-9238**.

Nombre de la afiliada: _____ Fecha de Nac. de la afiliada: __/__/__

Family Member Number de AIM: _____

Domicilio: _____

2. Información del bebé:

Nombre _____ inicial ____ apellido _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento: __/__/__ Peso al nacer: ____ libras ____ onzas

Proveedor personal (opcional): _____

Selección de plan de atención dental (consulte el Manual de Healthy Families): _____

Plan de cuidado de la vista (consulte el Manual de Healthy Families): _____

Cambio de dirección/teléfono: _____

3. ¿Tiene otros hijos que hayan estado o estén afiliados a Healthy Families Program? Si es así, por favor anote los nombres y Family Member Numbers más abajo:

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Nombre: _____ Family Member Number: _____

Declaro que cada una de las personas que estoy afiliando:

- es residente de California.
- no reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B.

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de salud, dental y plan de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen.
- Doy permiso para que Healthy Families compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy afiliando y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada al programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante.

Certifico que he leído y entendido la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Envíe el formulario lleno a Healthy Families a la dirección de abajo:

Healthy Families Program
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984